

誓約書

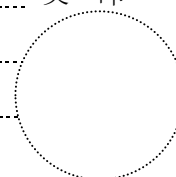
年 月 日

福 山 市 長 様

本店の所在地..... 実 印

商号又は名称.....

代 表 者 名.....



福山市介護予防ケアマネジメント支援システム委託業務プロポーザルに参加するに当たり、次の事項について
真実に相違ありません。

- 1 プロポーザル参加資格要件を満たしています。
- 2 提出した書類に虚偽又は不正はありません。